



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Evaluar las propiedades métricas de la escala SF-36 y como se relaciona la calidad de vida con el apoyo social en pacientes diabéticos**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)**

**María Guadalupe Guillén Vega**

**Director: Dr. Carlos Narciso Nava Quiroz**

**Dictaminadores: Dra. Cynthia Zaira Vega Valero**

**Dra. Marisela Rocío Soria Trujano**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	3
Prólogo.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1: Calidad de vida.....	8
Capítulo 2: Apoyo Social.....	22
Capítulo 3: Apoyo social y Calidad de vida.....	25
Capítulo 4: Estudio .....	27
Capítulo 5: Resultados .....	30
Conclusiones.....	35
Bibliografía.....	38
Anexos.....	43

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades métricas de la escala SF-36 y como se relaciona la Calidad de Vida con el Apoyo Social en pacientes diabéticos.

**Método:** estudio descriptivo correlacional, se utilizaron los instrumentos SF-36 que mide calidad de vida y el de Apoyo Social SS-A que evalúa el apoyo que percibe la persona de familiares y amigos, fueron aplicados a una muestra (N=179) de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (tipo II), de 18 a 85 años de edad. **Resultados:** encontramos niveles de fiabilidad muy aceptables para las sub escalas del SF-36 y correlaciones bajas, aunque significativas, respecto de la escala de apoyo social. Al analizar la escala de apoyo social por separado obtuvimos un alfa de Cronbach de .90 para todo el instrumento, .88 para la sub escala de apoyo social familiar, y un alfa de Cronbach de .86 para el apoyo social de amigos.

**Conclusiones:** Al igual que en otras latitudes, encontramos niveles de fiabilidad muy aceptables para las sub escalas del SF-36, así como buena fiabilidad en la escala apoyo social. Lo que indica que las propiedades métricas de ambas escalas son muy buenas y pobre la relación de las medidas médicas con las psicológicas.

Palabras clave: calidad de vida, apoyo social, diabetes mellitus, confiabilidad, validez, salud

## PRÓLOGO

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se estudia con mucha frecuencia, en las enfermedades crónicas como la diabetes, se ha estudiado de acuerdo al criterio médico, pero todo parece indicar que dada la complejidad de este constructo, debe estudiarse de manera más amplia, no basta con el enfoque médico, se requiere de la atención interdisciplinaria, de médicos, psicólogos, psiquiatras y enfermeras. Porque estudios recientes afirman que los trastornos psiquiátricos y las alteraciones psicológicas son ahora un problema de salud pública, que va en aumento afectando a poblaciones sanas y enfermas, por lo que un abordaje unidimensional resulta ineficaz (Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal y Cano, 2004).

La psicología de la salud, es una de las disciplinas a la que le compete lo relacionado a las conductas que el paciente debe adoptar para afrontar la enfermedad, el trabajo desarrollado por el psicólogo podría en un periodo corto ayudar a identificar las condiciones que generen la estimulación suficiente, para iniciar y mantener conductas saludables y eliminar las de riesgo en personas con enfermedades crónicas, favoreciendo así una forma de prevención a futuras complicaciones, pues en muchos pacientes la ansiedad y depresión son el resultado de una mala adaptación a la enfermedad, que incluye apoyo social escaso o nulo e incremento en los niveles de estrés por el grado de responsabilidad que se le exige al paciente diabético, debido a la complejidad y demandas diarias del tratamiento (Méndez y Beléndez, 1994).

Por su parte las instituciones del sector salud tratan de difundir información, con el fin de reducir enfermedades como la diabetes, implementando múltiples programas preventivos, sin embargo, esto no detiene el aumento de nuevos casos de diabetes, los cuales se podrían prevenir conociendo más de la enfermedad, pues la diabetes es una opción. Buenos hábitos alimenticios y ejercicio aeróbico sistemático, son fundamentales para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. A pesar de estos programas se ha comprobado durante la aplicación de la encuesta, que las personas no asisten a las pláticas educativas que brindan dichas instituciones, sobre algunas de las enfermedades con más riesgo de ser adquiridas, por lo cual hay un desconocimiento en la población acerca de la enfermedad y de los cambios que deben realizar al ser diagnosticados con alguna enfermedad crónica.

El tratamiento para el paciente diabético a diferencia de aquellos con otras enfermedades crónicas, no se limita solo a tomar sus medicamentos o aplicarse insulina a la hora indicada y olvidarse de su condición durante el resto del día, implica también cuidados en su dieta, ejercicio, niveles de estrés emocional u otros factores psicológicos y personales, ya que cualquier cambio en alguno de estos puntos puede alterar los niveles de glucosa en sangre (Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal, Martínez y Cano, 2004).

No obstante los mismos profesionales y quienes padecen diabetes, comentan que adherirse a los principios de nutrición, horarios específicos de comidas y tratamiento, exige cambios que son muy difíciles de seguir (Marion J. Franz, Cit. en Álvarez, D. 2005).

Sin embargo, se deben tomar medidas más enérgicas ya que las dimensiones que la diabetes ha alcanzado son preocupantes, pues en el año 2004 se hablaba de 146 millones de personas con diabetes en el mundo y se estimaba que para el año 2025 la cifra aumentaría a 300 millones de diabéticos de los cuales el 170% de los casos se pronosticaba en países en vías de desarrollo y el 42 % en países desarrollados (Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal y Cano, 2004). Esta cifra se superó en solo siete años, porque actualmente la Organización Mundial de la Salud advierte que en este momento hay 346 millones de diabéticos en el mundo y más del 80% son de países en desarrollo, dato contrario a lo que reportaba hace algunos años, de que la diabetes se producía en países subdesarrollados, Según la Federación Internacional de Diabetes, para el año 2025 uno de cada 10 adultos podría tener la enfermedad, son cifras alarmantes que se consideran posibles, pero a la vez evitables si se toman las medidas adecuadas, según la jefa de la unidad de diabetes de la OMS.

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/808536.html> 8:49 13 noviembre de 2011

Por lo anterior se considera importante que el psicólogo se acerque más a este campo de investigación, porque los estudios en este área son escasos y la mayoría de los instrumentos que existen, sobre todo en México, solo miden la respuesta al tratamiento, se plantea la necesidad de diseñar instrumentos que midan fenómenos psicológicos relacionados con la Calidad de Vida (CV) en pacientes con enfermedades crónicas.

El interés por la CV tiene por lo menos dos vertientes: la primera se relaciona con el bienestar que los pacientes, sobre todo con enfermedad crónica, experimentan y perciben y: la segunda con la efectividad de los tratamientos médicos relacionados con la enfermedad.

Respecto de la primera, el enfoque (CV) tiene su desarrollo a partir del incremento en las enfermedades crónicas como la diabetes, osteoartritis, hipertensión arterial, dislipidemia (aumento anormal en los niveles de colesterol o de otros lípidos en la sangre), entre otras. Algunas de las características, más importantes, que comparten las anteriores enfermedades es su carácter de irreversibilidad y sobre todo que son progresivas, es decir, avanzan deteriorando el organismo y como tal provocan daños que se manifiestan en dolor físico y en los casos avanzados incapacitar al individuo para desarrollar sus actividades de cuidado personal y trabajo.

Desde el punto de vista académico, la investigación sobre CV tiene diferentes vertientes: como la creación de instrumentos para evaluar la CV y dentro de ésta la consideración de si por ejemplo pueden ser de carácter genérico o particular para alguna enfermedad o circunstancia específica; por otro lado está la consideración de la evaluación de la CV en diferentes contextos relacionados con la enfermedad y su tratamiento o algún aspecto psicológico de interés, como es el caso de los episodios depresivos debidos a la incapacidad que provoca la enfermedad por ejemplo o la posible falta de adherencia terapéutica relacionada con la misma.

Por otra parte, el apoyo social puede contribuir a elevar los niveles de bienestar y como consecuencia a promover la CV. Desde el punto de vista teórico el apoyo social incrementa los niveles de bienestar general y ayuda a que los pacientes se recuperen más fácil de la enfermedad y hospitalización en general.

En el caso que nos ocupa, dado que la diabetes es uno de los padecimientos crónicos actuales de mayor crecimiento, decidimos estudiar cómo es que la CV y el apoyo social se relacionan en pacientes diabéticos tipo II.

Por lo anterior el objetivo del presente trabajo es valorar la calidad de vida y el apoyo social en pacientes diabéticos. Asimismo evaluar las propiedades métricas del instrumento SF-36. Este reporte estará dividido de la siguiente manera: un primer capítulo que de cuenta de la CV; en el segundo presentaremos los conceptos básicos del apoyo social; en el tercer

capítulo realizaremos una revisión de la investigación sobre calidad de vida y apoyo social; en el cuarto capítulo describiremos los pormenores de la investigación que realizamos; en el capítulo quinto los resultados obtenidos y en el capítulo sexto las conclusiones.



## Capítulo 1

### CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida tiene un desarrollo histórico dilatado y en la actualidad los estudios más académicos muestran interés por precisar el concepto de calidad de vida ya que es importante al reflejar el bienestar físico, psicológico y social de los individuos con enfermedad crónica.

La calidad de vida (CV) no es un concepto nuevo, en las antiguas civilizaciones había preocupación por la salud de las personas, considerada como un espacio público y colectivo, esta tradición se extendió al imperio bizantino y posteriormente al mundo árabe, tuvo algunos retrocesos al entrar a Europa en la Edad Media, donde hubo un abandono por lo personal y público generándose un cambio de conductas en relación con la higiene privada y pública. Fue a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX al reconocerse los derechos humanos y los derechos ciudadanos cuando la (CV) adquiere una expansión social y política, (Grau, 1996; citado González-Celis, 2005). Para la década de los sesentas hubo varios sucesos relacionados con la (CV), en 1966 Lyndon B. Johnson, fue el primero que utilizó el término calidad de vida (Bech, 1993; citado en González-Celis, 2005) a fines de esta década se genera un enorme despliegue de investigaciones relacionadas con la (CV) y son los Estados Unidos los líderes en la investigación. Numerosos países como Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Francia, los países escandinavos, los países del Este, Japón y otros se suman a la tarea y presentan modelos de los trabajos realizados. Sin embargo, es en Europa donde la calidad de vida sufre el impacto de los factores económicos y políticos, todo debido a la influencia de los trabajos realizados en Estados Unidos (Ostroot y Snyder, 1996; citado en González-Celis, 2005). Los primeros enfoques se centran en indicadores objetivos, referidos a realidades presentes en el entorno físico y social de la gente, que pueden centrarse en la salud, comodidad, riqueza, etcétera, después se introducen las encuestas sobre opiniones y actitudes de las poblaciones de los países miembros; que realiza y publica cada seis meses desde 1973 la Comisión de la Comunidad Económica Europea en el Eubarómetro

(Setién, 1995; citado en González-Celis, 2005), con indicadores que se consideran medidas subjetivas de calidad de vida, como satisfacción general ante la vida y sentimientos de bienestar-felicidad. Otros indicadores objetivos interesantes, son algunas variables socio demográficas como la edad, el sexo, la escolaridad, los ingresos, el estatus de empleo, la vivienda, el estatus familiar, (Diener, 1984; Bryan y Veroff, 1982; Barriga, 1988, citado en Rodríguez, Pastor y López, 1993). En épocas más recientes, los trabajos que se publican hacen mención más explícita de la calidad de vida. La revista que marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida, en 1974, fue la *Social Indicators Research. An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of life Measurement*, desde entonces, en las últimas tres décadas han aparecido 1100 nuevas publicaciones anualmente centradas en calidad de vida y bienestar (Michalos, 1995; citado en González-Celis, 2005) con tendencia al incremento y a la clarificación del concepto.

¿Qué es la calidad de vida?

Aún cuando no existe una definición única de la calidad de vida es posible tener más o menos un concepto general de la misma, en particular "...la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales." (Vinaccia y Orozco, op.cit, pág. 128).

¿Por qué es importante la calidad de vida en personas con alguna enfermedad crónica?

Porque la calidad de vida se refiere al bienestar de la persona en las áreas física (salud), psicológica (seguridad y afecto) y social (trabajo, derechos y responsabilidades). "Hablar de calidad de vida es hablar de expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles, una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los

acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste”, (Calman 1977, citado en Rodríguez, Pastor y López, 1993, pág. 349).

Las personas que padecen o que son diagnosticadas con una enfermedad crónica, como diabetes, cáncer, hipertensión etcétera, deberán adaptarse a un nuevo estilo de vida en el que tendrán que modificar metas, expectativas y esperanzas, hasta lograr un equilibrio que la enfermedad ha roto, lo que implica reajustes psicológicos que provocan una situación estresante, afectando no solo a quien la padece sino también a sus allegados, provocando crisis en la vida de las personas, incluyéndose las circunstancias económicas del individuo, lo cual en su conjunto o cada una de ellas individualmente tienen consecuencias eventuales, creando problemas e interrumpiendo la dinámica familiar, (Brannon y Feist, 2001). Por lo anterior, la salud es una de las áreas más importantes, en la que intervienen múltiples factores, y que va más allá de los indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, siendo ésta la manera tradicional de medir el nivel de salud, sin embargo, se debería de tomar en cuenta la discapacidad, enfermedad y muerte de las personas (Tuesca, 2005), es decir considerar un estado de salud/ enfermedad. La salud es un componente determinante que se interrelaciona con la calidad de vida, y si la salud es determinante de la calidad de vida, esta última también determina la salud de la persona. En el caso de la diabetes, la enfermedad y su tratamiento tienen repercusiones significativas para el paciente en varios aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones familiares y sociales, el bienestar físico y emocional; estas repercusiones se expresan como calidad de vida. La primera investigación sobre calidad de vida en pacientes con diabetes fue en 1986 y los estudios se han ido incrementando a partir de esa fecha, (Rufino, Rosas y Sánchez, 2009). Lo que se ha detectado en el aspecto emocional, son los niveles de depresión, (siendo hasta seis veces más altos en personas con diabetes, que en quienes no la padecen) -ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía- (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi 2001. Cit. En Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar y Sánchez-Sosa, pág. 448). Que a través de la psicoterapia se puede ayudar a las personas a cubrir sus necesidades emocionales cuando enfrentan una enfermedad crónica. De ahí la importancia de cómo se relacionan con la diabetes los factores calidad de vida y apoyo social que se revisan en esta investigación.

Otro aspecto de interés es que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, pero preguntando al paciente se puede obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud. La CV se considera un concepto complejo, con algunos problemas metodológicos que tendrán que resolverse de acuerdo a que se precisen conceptos que estén apoyados en la realidad. Actualmente los instrumentos para medir calidad de vida son confiables y son una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. El uso de estos instrumentos no solo se limita a la investigación en la práctica clínica también sino que se amplía a la investigación en los servicios de salud, hoy en día existen varios instrumentos validados que son aplicables a diferentes poblaciones y enfermedades. (Velarde y Ávila, 2002).

Según De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero, en texto publicado en el 2004, en México, existen pocos instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, de los que existen se desconoce su confiabilidad y validez y los que cuentan con estos dos últimos términos, solo se emplean en estudios epidemiológicos para determinar el deterioro de la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas o para evaluar la eficacia o respuesta al tratamiento.

Por lo anterior, y considerando que el presente trabajo en razón al carácter y su enfoque principalmente psicológico, no implica una investigación orientada exclusivamente a la diabetes mellitus, sino a sus correlatos psicológicos, en el presente trabajo asumiremos que la CV es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. (Vinaccia y Orozco, op.cit, pág. 128).

Algunos de los diferentes instrumentos para evaluar la calidad de vida son: por ejemplo, the Nottingham Health Profile (NHP) de Reino Unido; The European Research Questionnaire Quality of Life (EUROQOL 5D) de Canadá; Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA de México); The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) de Estados Unidos; y uno de los más utilizados en varios países el The MOS-36-ítem Short-Form Health Survey (SF-36). En el presente trabajo se utilizó este último instrumento adaptado para población mexicana considerando la diversidad psico-social y las circunstancias económicas específicas de un país en vías de desarrollo.

La encuesta SF-36 (Short Form 36 Health Survey) fue diseñada en el contexto del proyecto conocido como IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) que inició en 1991, para el estudio de los resultados médicos, (Medical Outcomes Study, MOS) en los Estados Unidos de Norteamérica, se desarrolló este instrumento que redituó en un proyecto que intentó homogeneizar la medición de la CV.

Iniciaremos con la propuesta de asumir a la encuesta de salud SF-36 como una posibilidad de instrumento de medida debido a sus propiedades métricas de fiabilidad y validez, además de que dicho instrumento es ideal para ser aplicado en pacientes que por sus características se ven limitados para responder de manera dinámica.

Para ser específicos, es importante mencionar el caso de los pacientes diabéticos que muestran limitaciones visuales y que resulta ideal tener instrumentos que sean breves y seguros. Con los cuestionarios que miden la salud percibida se puede determinar el impacto de la enfermedad y los beneficios del tratamiento.

Los estudios que evalúan los resultados médicos utilizan como indicador a la calidad de vida, en este sentido muestran coherencia en tanto los beneficiarios, de los tratamientos médicos, son los pacientes, lo cual involucra directamente a las circunstancias o condiciones sociales, las cuales a su vez son una derivación ligada directamente con el quehacer político, de cada entidad geográfica, en el caso particular de México.

El proyecto original para la adaptación del SF-36 convocó a 14 países desde los Estados Unidos de Norteamérica, y países europeos como Holanda, Alemania, Dinamarca, entre otros. El SF fue traducido y adaptado demostrando aplicabilidad internacional, hoy en día este proyecto participa ya en 40 países, con seis versiones en castellano adaptadas y aplicadas en Argentina, Colombia, España, Honduras, México y entre población México-norteamericana de E.U.A. (Zúñiga; Carrillo-Jiménez; Fos; Gandek & Medina-Moreno, 1999). El uso de esta escala se debe a su versatilidad ya que permite ser auto administrado o aplicado por un entrevistador en persona o por teléfono, es uno de los instrumentos más difundidos y utilizados por la comunidad científica porque además de ser corto y fácil de entender muestra niveles adecuados de confiabilidad y validez (Hernández, 2008). La comunidad científica pretende la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de este instrumento para usarlas en poblaciones genéricas y específicas (Zúñiga et al., 1999).

La técnica de construcción de la encuesta fue muy elaborada y es descrita en extenso en diferentes artículos (Zúñiga et al., 1999).

El Sf-36 está construido con medidas psicométricas estándar para la comparación de grupos, contiene ocho escalas que fueron seleccionadas entre docenas de medidas incluidas en el (MOS). La validez de contenido del instrumento ha sido comparada con otras medidas genéricas usadas en encuestas de salud y la comparación sistemática reporta que las ocho escalas del SF-36 representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia. Con la estandarización de medidas se está desplegando información sobre las normas y el nivel de referencia útiles para comparar las poblaciones sanas y enfermas así como para estimar la carga de condiciones específicas (Ware & Gandek, 1998). La encuesta ha sido adaptada en diferentes países de acuerdo a la cultura de cada uno de ellos.

Los dos componentes – el físico y el mental- del modelo de salud del SF-36 fueron descritos por primera vez en Estados Unidos y las replicas con grandes muestras de población se hicieron en nueve países europeos (Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Países bajos, Noruega, España, Suecia y Reino Unido), En esos países, se establecieron algoritmos (conjunto de reglas operatorias cuya aplicación permite resolver un problema enunciado a través de un número finito de operaciones) de puntuación para obtener resultados lo más científicos posible, para lo cual se hizo la puntuación de los dos componentes para evaluar su equivalencia, con algoritmos de puntuación específica en cada uno de ellos, frente a los de puntuación estándar de Estados Unidos.

También se comparan las estadísticas descriptivas (medias y desviación estándar para cada par de medidas de cada concepto de salud. Los creadores del proyecto recomiendan el uso de algoritmos estándar de calificación para los países estudiados, por su uso generalizado en E.E.U.U. y por estar bien documentados, además hacen posible anotar las medidas de resumen de las poblaciones para las que los datos normativos aún no están disponibles. El uso recomendado de los algoritmos estándar de calificación, se basa en constatar que las dos dimensiones de la estructura de los factores subyacentes a las ocho sub escalas del SF-36 vista por primera vez en Estados Unidos. Se utilizó este criterio, porque los resultados definieron y mostraron altas coincidencias metodológicas derivadas del uso generalizado en E.U. por estar bien documentados; además permiten

construir o anotar los datos estadísticos más aceptados por la Organización Mundial de la salud, independientemente de que los datos normativos aún no estén disponibles. Sin embargo, esta metodología debe utilizarse con reserva en las nuevas circunstancias poblacionales, hasta obtener una evaluación exhaustiva de la estructura de salud, en cada población específica para pasar a la replicación de las pruebas de comparación de los resultados, así como las pruebas que se consiguieron sobre la base de las correlaciones como se muestra en este estudio (Ware, Gandek, Kosinski, Aaronson, Apolone, Brazier, Bullinger, Kaasa, Leplege, Prieto, Sullivan & Thunedborg, 1998).

Al realizar la adaptación de la encuesta SF-36 para su uso en España, participaron 15 países, la adaptación se basó en el método de traducción retrotraducción hecha por profesionales lingüísticos, estudios piloto con pacientes crónicos, realizados por personal de la salud con la participación inter y multidisciplinaria), para desarrollar las nuevas versiones. El cuestionario original fue traducido al castellano por dos personas bilingües de origen español pero residentes en Estados Unidos, que señalaron la dificultad para encontrar una expresión española equivalente a la original, se realizaron debates entre los expertos hasta llegar a un acuerdo; para la adaptación se llevó a cabo todo un proceso, con el fin de asegurar la equivalencia conceptual, requisito indispensable para una interpretación adecuada de las evaluaciones realizadas con un instrumento para medir el estado de salud; el resultado, la versión 3 del SF-36 una adaptación aparentemente equivalente a la original con una fiabilidad aceptable (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

Para la adaptación en Alemania se hizo un estudio piloto que incluyó, discusión de los expertos de la versión traducida, pruebas en un grupo de personas de diferentes edades, sexo, educación y estado de salud, prueba de la ordinalidad y equidistancia de las opciones de respuesta, así como pruebas psicométricas, por lo que el SF-36 se considera un instrumento comprensible y fácil de aplicar, con una fiabilidad arriba del 0,70 con excepción de una escala. Los resultados preliminares sugieren que la traducción alemana es una herramienta valiosa en la investigación clínica y epidemiológica. Debido a su larga trayectoria de desarrollo, esta encuesta proporciona una rica base de datos para los investigadores y permite comparar los resultados con la versión original de los Estados Unidos (Bullinger, 1995).

En otro estudio, muy importante, se hace una revisión bibliográfica nacional e internacional de las investigaciones con el SF-36, a 10 años de su aparición, sobre su uso en diferentes países, seleccionaron artículos con información sobre fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de instrumento, revisaron de forma crítica contenido, propiedades métricas, y los nuevos desarrollos de la versión española (SF-8 y SF-12, con 8 y 12 ítems), respecto a las características métricas de la versión española, los resultados son consistentes con el instrumento original, y concluyen que el SF-36 junto con las nuevas versiones es un instrumento que se recomienda para su uso en la práctica clínica y la investigación, que puede ser utilizado en estudios nacionales e internacionales, por el continuo desarrollo de nuevas herramientas de ayuda para su interpretación y la creación de nuevas versiones para resolver los problemas metodológicos que surjan. (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Permanyer-Miralda, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo-Salmany, y Alonso, 2005). Para las puntuaciones de las escalas, estos autores recomiendan realizar tres pasos: Primero, la homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el propósito de que todos los ítems sigan el gradiente de -a mayor puntuación mejor estado de salud- Segundo, calcular la sumatoria de todos los ítems de la encuesta (puntuación cruda) y Tercero, la transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones con el gradiente mencionado en el punto número uno.

Por otra parte, otros autores (Alonso, Ferrer, Gandek, Ware, Aaronson, Mosconi, Rasmussen, Bullinger, Fukujara, Kaasa, Leplège, 2004), señalan que son pocos los estudios y no hay comparaciones internacionales que evalúen el impacto de las enfermedades crónicas que utilicen un cuestionario comprensivo relacionado con la salud en la calidad de vida. Al hacer un estudio con el SF-36 sobre el impacto en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, con muestras representativas de la población general adulta de ocho países (Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Japón, Países Bajos, Noruega y Estados Unidos), estos investigadores encontraron que el 55.1% de la muestra reportó alguna condición crónica y 30.2 % tenía más de una condición, sobresaliendo las alergias, la artritis y la hipertensión. Las enfermedades con más alto impacto en los resultados de puntajes físicos del SF-36 en esos países, fueron la artritis, las enfermedades del pulmón y las fallas de congestión del corazón. Varias de



las escalas de salud física fueron significativas como la salud general en la diabetes o los puntajes de las escalas de dolor físico en la artritis. En relación a la salud mental las diferencias en términos de su impacto en el puntaje fueron bajas (los puntajes de desviación estuvieron en el rango entre -1 y -2).

De lo anterior podemos deducir que el SF-36 está compuesto de diferentes sub escalas para evaluar calidad de vida, relacionada con la salud, en términos de funcionamiento físico y psicológico, consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, (Contreras, Espinosa, Esguerra, Gutiérrez y Fajardo, 2006). La encuesta evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas, mayores de 16 años, consta de dos componentes o medidas sumario, uno sobre salud física (PCS, por sus siglas en inglés) y otra sobre salud mental (MCS) se construyó de 8 sub escalas o conceptos de salud relacionados con función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC); salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Además incluye un ítem que no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, es el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior, este último con relación a la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud (Contreras, Espinosa y Esguerra, 2008), para cada sub escala los ítems son codificados y transformados en una escala que va de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), cuando sólo contestan el 50% de los ítems de una escala, se recomienda la sustitución de cualquier ítem faltante por el promedio de los ítems contestados de ésta (Vilagut et al.,2005). Para administración de la encuesta se requieren de 5 a 10 minutos, con un alto grado de calidad y aceptabilidad en las respuestas, (Ware, 2000).

#### Limitaciones de la encuesta

Algunas de las limitaciones del SF-36 es que no incluye conceptos de salud como trastornos de sueño, función cognitiva, función sexual y función familiar que sería importante evaluar, por los efectos secundarios a los tratamientos o las complicaciones derivadas de la enfermedad, que sufren en este caso, los pacientes con diabetes y que pueden afectar estos conceptos de salud. Para aplicarlo en adultos mayores se recomienda utilizar las escalas con letra más grande y hacer cada pregunta con sus opciones de respuesta, esto facilita que no queden preguntas sin contestar pues los

ancianos no completan la encuesta al presentarla en formato de matriz, debido a las dificultades visuales derivadas de la misma enfermedad, otra recomendación es revisar el cuestionario en presencia del usuario para evitar que falten respuestas en el mismo, (Vilagut et al, 2005).

### Ventajas del SF-36

El SF-36 es un instrumento genérico, entre las ventajas de este tipo de instrumentos es que existe la posibilidad de comparar el impacto relativo de diferentes enfermedades sobre el estado de salud, ya que no están relacionados con alguna enfermedad específica, otra ventaja es que se pueden obtener valores poblacionales de referencia y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes; a diferencia de los instrumentos específicos, que contienen escalas de la calidad de vida relacionada con la salud de una determinada enfermedad que se desee evaluar, como asma y cáncer, entre otras, (Alonso et al, 1995). Usar una encuesta genérica como el SF-36 que estima la carga de una enfermedad está bien ilustrada en artículos que describen más de 130 enfermedades y condiciones, entre las más frecuentemente estudiadas están la artritis, diabetes, hipertensión y dolor de espalda, con más de 20 publicaciones del SF-36 cada una, (Ware y Gandek 1998).

Por lo anterior se considera que existen mucho instrumentos que valoran la CV pero uno que es interesante y que tiene suficientes pruebas que avalan la confiabilidad y validez es el SF-36 como lo demuestra la revisión crítica de su contenido a diez años de experiencia, en la que se hace una revisión bibliográfica del uso de este instrumento a nivel nacional e internacional, y que junto con las nuevas versiones resulta ser un instrumento muy adecuado para utilizarse en la investigación y en la práctica clínica (Vilagut et al., 2005).

El uso del SF-36 en México, es gradual, los resultados son satisfactorios y demuestran que el instrumento es sensible, confiable y valido para medir la calidad de vida, en la tabla 1 se presentan algunas de las investigaciones realizadas en nuestro país.

Tabla 1. Uso en México del SF-36

Estudio	Autores	Objetivo	Resultados
Efecto del ejercicio aeróbico sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2	Rufino, Y. D., Rosas, J. V. y Sánchez, A.O. (2009)	Evaluar el efecto del ejercicio aeróbico sobre la calidad de vida, como parte del tratamiento integral de la diabetes mellitus tipo 2.	Los resultados determinaron que con el ejercicio aeróbico mejora la CV de los pacientes con diabéticos, mostrando cambios significativos en seis factores del cuestionario SF-36 (función física, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad y salud general).
Funcionalidad familiar y calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2.	Campos, E. (2009).UNAM. Tesis para obtener l especialidad en medicina familiar.	Evaluar la asociación de la funcionalidad familiar en la calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2	Se observa la calidad de vida relacionada con la salud, bastante deteriorada, obteniéndose puntajes bajos en casi la mitad de los encuestados. Principalmente en el sexo femenino, en el que las variables socio demográficas como edad (44 a 65 años), baja escolaridad, solteras, sin percepción salarial y con más de 10 años de evolución de la diabetes. Son factores determinantes de mayor riesgo para disminuir la CV.
Evaluación de calidad de vida con el SF-36 en osteoartritis y artritis reumatoide.	Hernández, T. J. (2008). UNAM. Tesis para obtener la especialidad en medicina familiar.	Evaluar el nivel de calidad de vida en los pacientes con AR y OA a través de la escala SF-36.	Se encontró en este estudio que el SF-36 es un instrumento altamente sensible y confiable para la evaluación de CV en pacientes con enfermedad crónica y características socioculturales propias de la mayor parte de la población mexicana.
Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.	Sandoval-Jurado, L., Ceballos-Martínez, Z.I, Navarrete-Novelo, C., González-Hernández, F. y	Objetivo: evaluar los diferentes aspectos de la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua	De los ocho conceptos que evalúa el SF-36 la puntuación promedio más baja fue en la escala de rol físico con una media de 19.79; 13 en hombres y 27.1en mujeres y el más alto en salud mental con una media de 61.66; 60 en hombres y 64 en mujeres.

---

	Hernández-Colín, V. (2007).. Revista Médica IMSS; 45, (2): 105-109.	ambulatoria.	
Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36.	Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G. y Martínez-Salgado, H. (2004). Salud Pública México, 46: 306-315.	Presentar los resultados de la aplicación del cuestionario de formato corto 36 (SF-36) en dos estados de México (Sonora y Oaxaca), comparando con los niveles de calidad de vida en las provincias de Canadá y en Estados de América.	Se obtuvo respuesta de 98.5% de las 4200 viviendas seleccionadas, con porcentajes de respuesta similares en Oaxaca y Sonora. Respondieron el cuestionario 5961 individuos mayores de 25 años de edad. Se observaron mayores puntajes en hombres que en mujeres en todas las dimensiones y en los dos componentes, indistintamente del sexo hasta 64 años de edad la variación se concentro en tres escalas: salud general, función social, y salud mental, de 65 a 74 años en función social y salud mental y en mayores de 75 años, en salud mental
Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México*	Zúñiga, M.A.; Carrillo-Jiménez, G.T.; Fos, P.J.; Gandek, B. & Medina-Moreno, M.R., (1999). Salud Pública de México, 41(2):110-118.	Establecer, con la encuesta SF-36 un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México y analizar las propiedades psicométricas de una traducción de la Encuesta SF-36 autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida.	Los hallazgos demuestran en promedio la buena percepción de salud de los participantes. En los resultados de la evaluación psicométrica, queda demostrado que la Encuesta es consistente con todos los supuestos de confiabilidad y validez de forma satisfactoria.

---

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cirrosis mediante el cuestionario SF-36.	Rangel, A., Cruz. M.A. y Patiño, G. A. (2010) Año 7 vol. 1	El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con cirrosis mediante el cuestionario SF-36	El puntaje promedio fue de 57.4 (17-98) $\pm$ 25.2. Se determinó que 48.2% (n14) tuvo una mala calidad de vida. Las variables más afectadas se obtuvieron por medio de un análisis univariado, utilizando la correlación de Pearson, la cual dio una significancia con un valor de $P < 0.05$ y $P < 0.01$ , para las variables: salud física (0.016), problemas emocionales (0.005), vitalidad (0.001), función social (0.012) y salud general (0.003).
Evaluación de la calidad de vida.	Velarde, E. y Ávila, C. (2002).Salud Pública de México 44 (4): 349-361	Hacer una revisión sobre la evolución del concepto calidad de vida, principios y métodos disponibles, así como presentar un inventario de instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades.	Los instrumentos disponibles para medir la calidad de vida son confiables para evaluar la respuesta al tratamiento.

Como se observa en la tabla 1, los estudios realizados en México, con el SF-36, relacionan la calidad de vida con alguna enfermedad crónica, lo que permite observar la percepción del deterioro o la buena calidad de vida de los participantes, otros trabajos evalúan las propiedades métricas del instrumento. Sin embargo son investigaciones que solo evalúan la respuesta o eficacia de las intervenciones medico-asistenciales realizadas, siendo importantes en ese ámbito, para lo cual el SF-36 les resulta útil. Para efectos de este estudio que tiene un enfoque psicológico, aunque este instrumento cuenta con un componente sumario de salud mental, son pocos los ítems que lo conforman y resultan insuficientes o no miden aspectos psicológicos. Lo cual concuerda con De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero, en su texto publicado en el 2004, en el que expresan

que en México existen pocos instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que es necesario contar con instrumentos validos y confiables que midan la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo II.

## Capítulo 2

### APOYO SOCIAL

Aunque el apoyo social muestra una historia dilatada, es posible ubicar el antecedente más inmediato en los trabajos de Cassel (1976) y Cobb (1976), quienes se interesan por la investigación epidemiológica y la medicina clínica.

Diferentes autores (House y et al., op. cit.; O'Reilly, 1988; Sarason y et al. op. cit.; Vaux, Burda y Stewart, 1986) señalan como iniciadores del movimiento del apoyo social a Cassel (1976) y Cobb (1976), quienes llevan a cabo estudios epidemiológicos que indican que las relaciones sociales pueden promover la salud en diferentes formas, enfatizando el rol de las relaciones sociales en la moderación o apoyo de la salud, con respecto a variables psicológicas como el estrés.

En particular, Cassel (op. cit.), que es epidemiólogo y fisiólogo, realiza estudios epidemiológicos que lo llevan a ubicarse en los aspectos medioambientales en general, y de manera particular en el soporte social explícito como fuente de bienestar y de mayor beneficio que el intentar remover los elementos estresantes directos. Argumenta que los procesos psicosociales son importantes en la etiología de la enfermedad y que el apoyo social es un componente esencial en la relación estrés – desorden.

De manera paralela, Cobb (op. cit.) se interesa más en la medicina clínica, poniendo su atención en la investigación del soporte como un moderador o regulador del estrés; proponiendo el estudio de tres grandes áreas: los sentimientos de bienestar y cuidado, la creencia de que uno es amado, estimado y valorado, y el sentido de pertenencia a una red recíproca.

Así, empieza a reconocerse la influencia que los factores externos (sociales) tienen sobre la salud (House, Landis y Umberson, 1988; Sarason, Sarason y Pierce, 1990). De igual forma, la psicología del desarrollo infantil contribuye a la investigación del apoyo social, con el argumento de que las conductas de apego están relacionadas con aspectos del entorno social, y como éste está vinculado a problemas infantiles como agresividad, aislamiento y berrinches. A esto hay que agregar la influencia del hallazgo de los estudios sociológicos,

que sugieren que los estresores son más comunes en las poblaciones económicamente desprotegidas (House et al., op. cit.; Sarason et al., op. cit.).

A partir de las investigaciones de Cassel y Cobb se generan dos grandes corrientes de estudio del soporte social: las ubicadas en la epidemiología (Berkman y Syme, 1979; Falk, Hanson, Isacson y Östergren, 1992) y las de carácter clínico (Blumenthal, Burg, Barefoot, Williams, Haney, y Zimet, 1987; Vaux et al. op. cit.; Vaux, Phillips, Holly, Thompson, Williams y Stewart, 1986). En el primer caso, se interesan por investigar factores generales de salud asociados con el soporte social que proporciona la red, donde las medidas son frecuencia de personas con las que se relacionan y su afinidad, y en el segundo, se pone atención en la percepción de soporte, la clase de soporte (material, emocional), la elaboración de instrumentos y la forma en que el soporte puede promover el bienestar psicológico y la salud.

Como puede observarse, es en las dos últimas décadas del siglo pasado que se desarrolla un interés creciente por el estudio del apoyo social y sólo en la presente década es que el interés se incrementa en los países de habla hispana.

Cabe señalar que a la par del crecimiento de la investigación en esta área se presentan problemas de carácter teórico y de las propiedades métricas de los instrumentos que miden el apoyo social. Un análisis de las diferentes aproximaciones nos conduciría a salirnos del objeto del presente trabajo, por lo que nos apegaremos a una de las propuestas teóricas más elaboradas en el estudio del apoyo social, esta es la propuesta de Vaux (1988).

Basado en los trabajos de diferentes investigadores, entre ellos Cassel, Cobb, Caplan, Vaux (1988) propone una estructura conceptual que permite contextualizar al apoyo social.

Así, el apoyo social es visto como un meta constructo, que está compuesto por tres constructos: recursos de redes de apoyo, conductas de apoyo y apreciación de apoyo social.

Las redes de apoyo son aquellas personas que resultan importantes para el individuo y a las cuales recurre el mismo en caso de ser necesario, ejemplos de esto son la solicitud de ayuda para completar algún proyecto, auxilio económico, préstamo de libros, entre tantas otras. En su momento las redes pueden apoyar al individuo por medio de recursos materiales, como dinero o ropa por ejemplo, o con recursos no materiales como brindar afecto, consejo, alentar... así, las redes sociales apoyan a los individuos en los momentos más



apremiantes como la muerte de un ser querido, quedarse sin empleo, problemas de salud y más.

Una de las características de las redes sociales es su estabilidad, los miembros de la red permanecen por largos periodos y funcionan de manera efectiva apoyando a los individuos. Sin embargo, las redes pueden sufrir de inestabilidad bajo circunstancias específicas como por ejemplo al mudarse de ciudad, muerte de un ser querido, divorcio o cambio de trabajo. Las redes sociales se constituyen en la principal fuente de apoyo tanto material como emocional.

Las conductas de apoyo social son acciones diversas, que de manera general son reconocidas y aceptadas, por un grupo social específico, como apoyo o ayuda y bien puede ser proporcionada de manera voluntaria o por requerimiento específico de quien la necesita. Las conductas de apoyo pueden tomar diferentes formas y servir a diferentes propósitos.

Existe un consenso más o menos general acerca de cuáles son las principales tipos de apoyo, a saber: apoyo emocional, retroalimentación, consejo/guía, apoyo práctico, financiero/material, y socialización (Vaux y et al. op.cit).

Por último, la percepción del apoyo social se refiere a las creencias de que los individuos son valorados de manera positiva por su red social, (Vaux y et al. op. Cit., pág. 29) afirman que: “La apreciación puede tomar muchas formas como la satisfacción, sentirse protegido por su red, respetado, o incluido, y tener un sentido de apego, pertenencia, o alianzas confiables. La apreciación puede ser también global, reflejando una síntesis evaluativa de la relación de una persona con su red como un todo, o se dirige a reflejar un dominio particular de relaciones de la red (por ejemplo, esposa, compañeros de trabajo, o amigos) o un modo particular de apoyo (por ejemplo, emocional o práctico.)”

Reconocer que el apoyo social es un proceso complejo que tiene relación con el estrés, la salud y el bienestar general de los individuos es el primer paso para poder comprender los posibles beneficios que puede aportar a los problemas de salud y en particular, a las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

## Capítulo 3

### APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA.

El aumento de las enfermedades crónicas tiene que ver con diferentes aspectos, entre ellos el aumento en la esperanza de vida, cambios en el estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimentarios, premura de tiempo...) y aspectos biológicos como la herencia. En particular la diabetes mellitus, tipo II, es uno de los mejores ejemplos de lo anterior. El campo de la medicina es el primero en dedicar grandes esfuerzos para enfrentar el problema, su atención ha sido puesta en la creación y administración de medicamentos que ayuden a regular los efectos nocivos de dicha enfermedad. También y con fines de evaluación, de sus intervenciones, los médicos se han propuesto evaluar la calidad de vida de los pacientes.

En el campo de la psicología, no ha ocurrido lo mismo, la investigación generada recién inicia. Existen dos grandes ámbitos de interés para la psicología: el primero de ellos tiene que ver con todas aquellas cosas que la gente hace para enfermarse, como es el caso de tener una vida muy agitada llena de trabajo, compromisos y presiones que conllevan o hacen más probable la aparición de la enfermedad y; en segundo lugar, cuando la enfermedad ya está presente cómo es que los individuos se relacionan con ella, en este caso, enfermarse lleva consigo, la ingesta de medicamentos, cambios en el estilo de vida, alimentación, ejercicio entre otros, además de aspectos como el estrés, el apoyo social y respuestas emocionales. La investigación, en cualquiera de estos campos, requiere de contar con instrumentos eficaces para valorar los eventos de interés.

La literatura relacionada con el apoyo social y la calidad de vida muestra que existen resultados contradictorios, pues mientras algunos afirman que entre más grande es una red de parientes cercanos, cuando existe una enfermedad crónica, mayor es el impacto positivo y significativo en la calidad de vida de los adultos mayores. Según resultados de Gallegos-Carrillo K., Mudgal J., Sánchez-García S., Wagner, FA., Gallo JJ., Salmerón, J. y García-Peña C., (2009), otros no lo consideran así, como Avendaño y Barra, (2008) que encontraron poca influencia del apoyo social sobre la CV en un estudio con jóvenes diabéticos tipo 1 y mencionan que cabe la posibilidad de que en la adolescencia el apoyo

social percibido sea un factor que aún no esté bien establecido como otras dimensiones que se seguirán desarrollando durante esta etapa del ciclo vital.

## Capítulo 4

### ESTUDIO

#### Método

#### Participantes

La muestra fue de 179 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II de la zona metropolitana de la ciudad de México, con un rango de edad entre 18 y 85 años.

Los criterios de inclusión para la conformación de la población objeto de investigación fueron los siguientes:

- Personas con Diabetes mellitus tipo II.
- Personas mayores de 18 años.
- Hombres y mujeres.
- Personas que deseen colaborar con la investigación.
- Personas ambulatorias.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personas con diabetes tipo 1 o juvenil.
- Menores de 18 años.
- Personas que no deseen participar en la investigación.
- Personas hospitalizadas.

#### Instrumentos utilizados:

Inicialmente se elaboró una ficha para datos socio demográficos que incluyó edad, sexo, estado civil, nivel educativo, años de ser diagnosticado con diabetes mellitus, entre otros.

*Encuesta SF-36 (Short Form 36 Health Survey)*. La calidad de vida fue evaluada con el SF-36, versión 1.4, constituido por 36 ítems y ocho conceptos de salud, traducido y adaptado para utilizarse a nivel internacional mediante el proyecto conocido como IQOLA (International Quality of Life Assessment Project), con preguntas en escala tipo Likert, con diferentes opciones de respuesta para cada concepto, que evaluará: (FF) función física (limitaciones físicas); (RF) rol físico (dificultad para el trabajo y actividades diarias); (DC)

dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en la actividades); (SG) salud general (apreciación personal de la salud); (VT) vitalidad (sentimiento de energía); (FS) función social (limitación para realizar actividades sociales); (RE) rol emocional (limitación para el trabajo u otras actividades diarias) y (SM) salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta). La escala se divide en dos componentes sumario, el Componente físico con un total de 21 ítems, que incluye las sub escalas de: FF 10 ítems, RF 4 ítems, DC 2 ítems, SG 5 ítems y el Componente mental con 14 ítems dividido en: SM 5 ítems, RE 3 ítems, FS 2 ítems, VT 4 ítems. Ver anexo A y B.

Los 10 ítems recodificados son: el número 2, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 30, 34 y 36, considerando el gradiente a mayor puntaje mejor estado de salud.

También se evaluaron las propiedades métricas del instrumento.

*Escala de Evaluaciones de Apoyo social (SS-A).* Este instrumento fue desarrollado y validado por Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams y Stewart, (1986); construido de 23 ítems, en escala tipo Likert con seis opciones de respuesta, que evaluará: el apoyo que percibe la persona de amigos (12 Ítems) y familia (11 ítems). Con buenos niveles de confiabilidad y validez así como de una buena consistencia interna.

Se recodificaron los Ítems 3,10, 13, 21 y 22 por considerarse negativos.

Niveles de fiabilidad en Vaux y et al. con un alfa de Cronbach .90, .81 y .84. En nuestro estudio un alfa de Cronbach de .90, .88 y .85 para la escala total, familia y amigos respectivamente.

Diseño

El diseño fue de tipo descriptivo correlacional.

Procedimiento.

Las aplicaciones de la encuesta se realizaron de enero a octubre del 2011, por medio de tres entrevistadores entrenados para aplicar este tipo de instrumentos. Los lugares de aplicación fueron diferentes clínicas, del Sector Salud en el Estado de México; de conocidos y familiares en cuyo caso se les visitó en su domicilio, se les invitaba a participar en la investigación, una vez que aceptaban, si eran de la tercera edad, se procedía al llenado del instrumento por medio de entrevista, para controlar la falta de respuestas, de lo contrario se

les instruía para que ellos lo contestaran, se les mencionó a los participantes que podían contestar el cuestionario en su totalidad y si por alguna razón decidían no terminarlo y retirarse, podían hacerlo, posteriormente se les proporcionaron los instrumentos.

#### Análisis estadístico

Los análisis consistieron de: análisis descriptivo, alfas de Cronbach para evaluar la fiabilidad y análisis factorial. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 20.

## Capítulo 5

### RESULTADOS

El análisis de datos de la SF-36 consistió en valorar sus propiedades métricas. En este caso, extrajimos las ocho sub escalas y aplicamos los análisis correspondientes de fiabilidad y de acuerdo con la propuesta original, del estudio de Zúñiga, et al. (1999) y el de Alonso et al. (2005) realizamos las comparaciones. Después valoramos las relaciones entre SF-36 y el apoyo social.

Tabla 1. Comparación de la fiabilidad para cada sub escala del SF-36

	FF 10 ítems	RF 4 ítems	DC 2 ítems	SG 5 ítems	VT 4 ítems	FS 2 ítems	RE 3 ítems	SM 5 ítems
Ware y Gandek	$\alpha$ .93	$\alpha$ .89	$\alpha$ .90	$\alpha$ .81	$\alpha$ .86	$\alpha$ .68	$\alpha$ .82	$\alpha$ .84
Alonso y et al.	$\alpha$ .92	$\alpha$ .90	$\alpha$ .84	$\alpha$ .77	$\alpha$ .86	$\alpha$ .55	$\alpha$ .91	$\alpha$ .85
Zúñiga y et al.	$\alpha$ .84	$\alpha$ .70	$\alpha$ .80	$\alpha$ .73	$\alpha$ .83	$\alpha$ .76	$\alpha$ .56	$\alpha$ .83
Nuestro Estudio	$\alpha$ .93	$\alpha$ .93	$\alpha$ .79	$\alpha$ .73	$\alpha$ .84	$\alpha$ .79	$\alpha$ .91	$\alpha$ .86

$\alpha$  = alfa de Cronbach

En la tabla 1 se presentan los resultados de fiabilidad para cada sub escala del SF-36 de nuestra investigación y los comparamos con los de Ware y Gandek (1998), Zúñiga et al. (1999), Alonso y et al., (2005). Se puede observar que en nuestra muestra existen diferencias a la baja (DC, SG y VT), respecto de Ware et al., (1998) y Alonso et al. (2005) y en las demás sub escalas nuestros resultados son iguales o superamos el alfa de Cronbach de los anteriores; en relación a los resultados de Zúñiga et al., (1999) sólo la sub escala (DC) de nuestra muestra presenta diferencias a la baja, en las demás se supera el alfa de Cronbach. Cabe señalar que se

obtuvo una puntuación alta en la sub escala FS al contrastarla con los otros autores y en la de RE comparada con la de Zúñiga et al., (1999)

Nuestros resultados están en el marco de lo que reportan otras investigaciones con el uso del SF-36, los valores del coeficiente de Cronbach se situaron por encima del valor .7 que piden como mínimo, fluctúan de (.73 a .93).

A continuación presentamos el análisis factorial (ver tabla 2) del instrumento de apoyo social (SS-A). El análisis factorial fue desarrollado a partir de componentes principales y rotación varimax, solicitamos dos factores, y de acuerdo con la teoría; la escala de apoyo social valora el apoyo familiar y el de amigos. El análisis arrojó dos factores que muestran con claridad como los reactivos de familia se agrupan de manera congruente, lo mismo que los de amistad.

Tabla 2. Análisis Factorial para el SS-A

	Matriz de componentes rotados <sup>a</sup>	
	Componente	
	1	2
Soy muy amado por mi familia	.848	
Mi familia realmente me respeta	.826	
Mi familia me tiene en alta estima	.797	
Los miembros de mi familia confían en mí	.771	
Soy realmente admirado por mi familia	.767	
Mi familia cuida mucho de mí	.737	
Soy muy apreciado	.698	
Soy buena persona	.517	
No cuento con el apoyo de mi familia	.447	
Tengo sentimiento de pertenencia	.400	
No me siento cerca de los miembros de mi familia	.394	
Mis amigos se preocupan por mí		.848
Siento una unión muy fuerte con mis amigos		.830
Mis amigos son importantes para mí y yo para ellos		.803
Me siento valorado por otras personas		.761
Mis amigos han hecho mucho por mí y yo por ellos		.745
Puedo confiar en mis amigos		.628
Soy respetado por otras personas		.578
Mis amigos me respetan		.557
La gente me admira		.455
Si muriera mañana pocas personas me extrañarían		.422
No soy importante para otros		.287
Mis amigos no se preocupan por mi bienestar		.138



En seguida iniciamos el análisis de confiabilidad, el alfa de Cronbach para todo el instrumento fue de .90; para la sub escala de apoyo social familiar encontramos un alfa de Cronbach de .88, y para el apoyo social de amigos fue de .86.

En la tabla 3 se muestran las correlaciones ítem-total, mínimo de .079 y máximo de .668 y alfa de Cronbach, si el ítem es eliminado, de .896 mínimo y .904 máximo Hay que hacer notar que uno de nuestros reactivos tuvo una correlación ítem total muy baja (.079), pero decidimos no eliminarlo debido a su importancia teórica.

Tabla 3. Fiabilidad total del instrumento de SS-A

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Mis amigos me respetan	.491	.900
No soy importante para otros	.354	.904
Puedo confiar en mis amigos	.519	.900
Soy respetado por otras personas	.525	.900
Mis amigos no se preocupan por mi bienestar	.079	.910
La gente me admira	.540	.899
Siento una unión muy fuerte con mis amigos	.608	.897
Mis amigos se preocupan por mi	.597	.898
Me siento valorado por otras personas	.641	.897
Mis amigos son importante para mí y yo para ellos	.647	.897
Si muriera mañana pocas personas me extrañarían	.477	.901
Mis amigos han hecho mucho por mí y yo por ellos	.513	.900
Mi familia cuida mucho de mí	.529	.899
Mi familia me tiene en alta estima	.610	.897
Soy buena persona	.465	.901
Soy realmente admirado por mi familia	.586	.898
Soy muy amado por mi familia	.650	.897
Los miembros de mi familia confían en mí	.645	.897
Soy muy apreciado	.668	.896
No cuento con el apoyo de mi familia	.437	.901
Mi familia realmente me respeta	.608	.898
Tengo sentimiento de pertenencia	.333	.904
No me siento cerca de los miembros de mi familia	.410	.902

En el caso de de la fiabilidad para la sub escala de apoyo familiar encontramos un valor mínimo para la correlación ítem – total de .349 y máximo de .776, con valores individuales de alfa de Cronbach, si el ítem es eliminado, de .857 mínimo y máximo de .886 (ver tabla 4).

Tabla 4. Fiabilidad familia del SS-A

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Mi familia cuida mucho de mí	.668	.864
Mi familia me tiene en alta estima	.733	.859
Soy buena persona	.467	.876
Soy realmente admirado por mi familia	.680	.863
Soy muy amado por mi familia	.776	.857
Los miembros de mi familia confían en mí	.703	.862
Soy muy apreciado	.668	.864
No cuento con el apoyo de mi familia	.424	.880
Mi familia realmente me respeta	.730	.860
Tengo sentimiento de pertenencia	.349	.886
No me siento cerca de los miembros de mi familia	.388	.884

Para la sub escala de apoyo social de amigos encontramos que el valor mínimo y máximo, para la correlación ítem-total fue de .120 y .748. Mientras que el alfa de Cronbach individual fue de .831 el mínimo y el máximo de .874 (ver tabla 5).

Lo anterior muestra que tanto la escala en su conjunto como las sub escalas particulares gozan de niveles de fiabilidad más que aceptables.

Tabla 5. Fiabilidad amigos del SS-A

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Mis amigos me respetan	.523	.848
No soy importante para otros	.331	.863
Puedo confiar en mis amigos	.565	.845
Soy respetado por otras personas	.534	.848
Mis amigos no se preocupan por mi bienestar	.120	.874
La gente me admira	.455	.852
Siento una unión muy fuerte con mis amigos	.748	.831
Mis amigos se preocupan por mí	.746	.833
Me siento valorado por otras personas	.708	.837
Mis amigos son importantes para mí y yo para ellos	.746	.833
Si muriera mañana pocas personas me extrañarían	.452	.854
Mis amigos han hecho mucho por mí y yo por ellos	.616	.841

Como paso final, solicitamos las correlaciones entre las sub escalas de calidad de vida y apoyo social, con el fin de tener una aproximación inicial a la validez concurrente de la primera. El análisis de correlación fue a partir de la (r) de Pearson. La tabla 6 contiene los resultados, en ella se observan correlaciones bajas pero significativas en todas las sub escalas con excepción de la correlación de las sub escalas de apoyo social familiar y función física donde no hay significancia.

Tabla 6. Correlación de las sub escalas del instrumento SF-36 y del SS-A

	ASA	VT	SM	SG	FF	DC	RE	RF	FS	CSFF	CSSM
ASF	.527**	-.199**	-.246**	-.330**	-.146	-.251**	-.290**	-.218**	-.311**	-.286**	-.284**
ASA		-.155*	-.198**	-.275**	-.084	-.231**	-.171*	-.113	-.154*	-.212**	-.199**
VT			.763**	.559**	.400**	.555**	.453**	.541**	.581**	.623**	.892**
SM				.558**	.292**	.549**	.563**	.515**	.654**	.560**	.939**
SG					.380**	.471**	.476**	.425**	.488**	.728**	.618**
FF						.444**	.314**	.577**	.465**	.861**	.415**
DC							.481**	.561**	.556**	.723**	.627**
RE								.558**	.611**	.535**	.666**
RF									.552**	.746**	.614**
FS										.635**	.792**
CSFF											.680**

Nota. \*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). \*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ASF= Apoyo Social Familiar. ASA= Apoyo Social Amigos. CSFF= Componente Sumario Función Física. CSSM= Componente Sumario Salud Mental

## Capítulo 6

### CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades métricas de la escala SF-36, respecto de su fiabilidad y validez convergente con el apoyo social en pacientes diabéticos. Los resultados muestran niveles apropiados de fiabilidad y una validez convergente baja. Al igual que en otras latitudes, encontramos niveles de fiabilidad muy aceptables para las subescalas del SF-36 y correlaciones bajas, aunque significativas, respecto de la escala de apoyo social. Lo que indica que las propiedades métricas de ambas escalas son muy buenas y pobre la relación de las medidas médicas con las psicológicas.

En el transcurso de la investigación encontramos dificultades para obtener información del instrumento original sobre la construcción, codificación y puntuación del SF-36, así como de las guías para su uso que son mencionadas en varios artículos, nuestro apoyo fue la revisión de artículos que tuvieron acceso directo a estas fuentes, por ejemplo al parecer se excluyen una serie de reactivos en la codificación total de los inventarios.

Para valorar la calidad de vida se utilizó la versión 1.4 española del SF-36 por las siguientes razones, primera: para evaluar sus propiedades métricas y corroborar la buena fiabilidad y validez que reporta; segunda: que puede ser utilizado en estudios en diferentes latitudes y que puede sortear sesgos culturales, por lo que la versión castellana, según Tuesca, (2005) y Alonso et al. (1998), es equivalente al original en inglés y: para probar su relación con aspectos psicológicos.

En nuestra investigación, encontramos que los resultados son consistentes con lo que reportan los anteriores autores y con la encuesta original, al igual que en infinidad de trabajos de diferentes países donde se ha adaptado y traducido (Ware & Gandek 1998; Zúñiga, 1999; Alonso et al. 2005; Bullinger, 1995; Vilagut et al. 2005; Ware et al. 1998 y Ware 2000 entre otros), y en particular desde la perspectiva médica es muy útil para estudios que evalúan la eficacia del tratamiento, por esa razón el SF-36 es de los más utilizados para este fin en el área de medicina.

La adaptación idiomática cultural (de España a México), no muestran diferencias importantes al momento de evaluar la fiabilidad del instrumento. En este sentido el instrumento es equivalente a las versiones adaptadas en otros países.

Por otra parte, antes de evaluar la relación entre la calidad de vida y algunos aspectos psicológicos relevantes, como el apoyo social, evaluamos los niveles de fiabilidad de dicho instrumento. Los resultados mostraron que la escala de apoyo social cuenta con niveles de fiabilidad de calidad, tanto en sus valores métricos como en su correspondencia con lo que la teoría sustenta respecto del constructo apoyo social. Hay que señalar que la estimación de los niveles de fiabilidad, para la anterior escala, fueron realizados con pacientes diabéticos lo que es importante debido a que anteriores estudios solo lo han hecho con individuos sin problemas específicos de salud, obteniendo resultados similares.

Una vez que contamos con la seguridad de que la escala de apoyo es fiable procedimos a buscar las posibles relaciones entre sub escalas de calidad vida y apoyo social. En principio, hipotetizamos que podríamos obtener poca o ninguna correlación con las sub escalas que valoran los componentes físicos de la CV, pero si en la posibilidad de encontrar alguna o algunas relaciones importantes con los aspectos mentales que la escala evalúa. Los análisis mostraron correlaciones bajas pero significativas. Lo que nos lleva a pensar que pueden existir diferentes explicaciones, primera; que en realidad no tienen que ver la calidad de vida con el apoyo social, lo que parece discrepar con la teoría del apoyo que afirma que a mayor apoyo social mejores niveles de recuperación, bienestar físico y general. Como lo afirman Rodríguez y Guerrero, (1997) que el apoyo social que recibe el diabético de su familia se asocia a la normoglucemia y el paciente lo considera necesario para el manejo de su enfermedad.

Segunda, que en realidad la SF-36 no contempla ningún aspecto que pueda ser susceptible de correlacionar con algún fenómeno psicológico o viceversa, de hecho, el concepto de calidad de vida y el SF fueron creados con el propósito explícito de averiguar la eficacia de los tratamientos médicos en pacientes crónicos y poca atención se ha prestado a los aspectos de calidad desde el punto de vista de la psicología. Tercero, es probable que otras variables psicológicas si se relacionen con la calidad de vida, en todo caso, habría que fundamentar desde la teoría qué aspectos psicológicos son pertinentes con la primera.

De esta manera, el SF-36 no toma en cuenta las necesidades básicas de los pacientes, como el bienestar, la independencia y el sentido de pertenencia, Katschnig, 2000. (Cit. En Yanguas 2006). Sólo considera a la enfermedad y sus síntomas, aunque este instrumento cuenta con un componente mental, éste no es suficiente ya que hace falta profundizar más en aspectos psicológicos, por la estrecha relación que guardan las patologías médicas con las afecciones psicológicas y el estilo de vida.

Debido al perfil del presente trabajo, se sugiere el uso de instrumentos desde la perspectiva de la psicología, sobre todo cuando se diagnostica una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, por los cambios que debe realizar una persona en su estilo de vida, ya que tiene efectos negativos sobre el estado emocional y puede llegar a afectar todas las esferas de la vida del paciente (física, psicológica, laboral, económica, familiar, sexual, social), si éste no cuenta con los mecanismos de control de respuestas emocionales como ansiedad, depresión, estrés, ira entre otras, para lograr la adaptación o ajuste ante la enfermedad.

Así, creemos que es importante investigar, en principio, si componentes psicológicos como el estrés, depresión, ansiedad, entre otros, son susceptibles de estar correlacionados con las medidas de calidad de vida desde el punto de vista de médico. De ser así, el uso del SF-36 será una herramienta invaluable para la investigación en el campo, de lo contrario, habría que reformular el trabajo psicológico en el campo de la diabetes y proponer nuevas directrices.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Prieto, I, y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*.104(20), 771-776.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Mosconi, P., Rasmussen, N.K., Bullinger, M., Fukujara, S., Kaasa, S., Lepège, A., (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of life research* 13: 283-298.
- Álvarez, D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos*. Tesis para obtener el diploma en medicina familiar, Facultad de Medicina. Universidad de Colima. México
- Avendaño, M.J. y Barra, E., (2008). Autoeficacia, apoyo social, calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*. Universidad de Concepción Chile. 26 (2) ,165-172.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of alameda county residents, *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Blumenthal, J. A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.B., Haney, T. and Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-340
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. España. Paraninfo.
- Bullinger, M.,(1995). German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from de IQOLA project. *Elsevier Science Ltd*,41(10), 1359-1366.
- Campos, E. (2009). *Funcionalidad familiar y calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2*. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cassel, J. (1976). The contribution of social environment to host resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Contreras, F.; Espinosa, J.C.; Esguerra, G.A; Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006) Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Pontificia Universidad Javeriana*. Facultad de psicología, 5(3) Bogotá; Colombia.
- Contreras, F.; Espinosa, J.C.; y Esguerra, G.A. (2008).Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*,18, 168 (2),165-179.
- De los Ríos, J.L., Sánchez, J.J.; Barrios, P. y Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica IMSS*. 42 (2), 109-116.
- Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. (2004) Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública México* 46,306-315.
- Falk, A., Hanson, B.S., Isacsson, S. and Östergren, P. (1992). Job strain and mortality in elderly men: Social networks, support, and influence as buffers, *American Journal of Public Health*, 82, (8), 1136-1139.
- Gallegos-Carrillo K., Mudgal J., Sánchez-García S., Wagner, FA., Gallo JJ., Salmerón, J. y García-Peña C., (2009). Social network and health related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública de México*. 51 (1). Enero- Febrero.
- González-Celis, (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?, En Garduño, L., Salinas, B. y Rojas. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México. Plaza y Valdés.
- Hernández, T. J. (2008). *Evaluación de la calidad de vida con el SF-36 en osteoartritis y artritis reumatoide*. Tesis para la especialidad en medicina familiar. Facultad de Medicina, División Estudios de Posgrado e Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- House, J.S., Landis, K.R. and Umberson, D. (1988). Social relationship and health, *Science*, 242, 540-545.
- Méndez y Beléndez (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes:



- Estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 1994, 10 (2), 189-198.
- O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research, *Social Science and Medicine*, 26, (8), 863-873.
- Pineda, N. Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M.J., Mengual, E., Medina, N., Leal, E.M., Martínez, E. y Cano, R. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus *Archivos de farmacología terapéutica*, Año/Vol. 23, (001). Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica Caracas, Venezuela.
- Rangel, A., Cruz, M.A. y Patiño, G. A. (2010). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cirrosis mediante el cuestionario SF-36. Año 7 vol. 1.
- Rivera, B, M., Rascón, R.A. y Olivas, M.R. (2008). Predictores de comportamientos de prevención relacionados con la diabetes tipo 2 en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología de la salud*. Enero-Junio, 18, (001), 91-97. Universidad Veracruzana. Jalapa, México.
- Riveros, A.; Cortázar-Palapa, J.; Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión, y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* Sep, Año/Vol. 5 (3):445-462. Granada, España. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Rodríguez, M. y Guerrero, J. F. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*. Enero-Febrero, Año/Vol. 39, (001), 44-47.
- Rodríguez, J.; Pastor, M.A. y López, S. (1993), Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad, *Psicothema*, volumen. 5, Suplemento: 349-372.
- Rufino, Y.D.; Rosas, J.V. y Sánchez, A.O., (2009). Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14 (39), 109-116.
- Sánchez, A. (2009). *Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar 91*. Tesis para obtener el diploma de especialidad en medicina familiar. Facultad de medicina. División de Estudios de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Sandoval-Jurado, L., Ceballos-Martínez, Z.I, Navarrete-Novelo, C., González-Hernández, F. y Hernández-Colín, V.(2007); *Revista Médica IMSS*, 45 (2), 105-109.

- Sarason, B.R., Sarason, I.G. and Pierce, G.R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York. Wiley and Sons.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.
- Vaux, A., Burda, P. and Stewart, D. (1986). Orientation toward utilization of support resources, *Journal of Community Psychology*, 14, 159-170.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. And Stewart, D. (1986). The Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology*. 14 (2), 195-219.
- Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York. PRAEGER.
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4) ,349-361.
- Vilagut., Ferrer, M., Rajmil, L., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salmany, A. y Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 19 (2), 135-150.
- Vinaccia, S. y Orozco. L M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *DIVERSITAS - Vol.1, (2)*, 125-137.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Pérez B. E., Sánchez, M. O. y Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*, vol. 23, nº 2 (diciembre), 245-252.
- Ware, J.E. & Gandek, B., (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Clin Epidemiol.* 51(11), 903-912. *Elsevier Science Inc.*
- Ware, J.E., Gandek, B., Kosinski, M., Aaronson, N.K., Apolone, G., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., Sullivan M., y Thunedborg, K., (1998). The Equivalence of SF-36 Summary Health Scores Estimated Using Standard and Country Specific Algorithms in 10 Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol.* 51(11),1167-1170. *Elsevier Science Inc.*

Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE* 25 (24), 3130-3139. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.*

Yanguas, J.J., (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid. Artegraf.

Zúñiga, M.A.; Carrillo-Jiménez, G.T.; Fos, P.J.; Gandek, B. & Medina-Moreno, M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México\* *Salud pública de México*. 41 (2), 110-118

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/808536.html> 8:49 13 noviembre de 2011

# ANEXOS

## ANEXO A

(Descripción del SF-36 Health Survey, Alonso, Prieto y Antó, 1995).

Contenido del Componente Físico (PCS) y la fiabilidad en este estudio.

Factor	Ítems	$\alpha$ Cronbach
Función física (FF) 10 ítems	3. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos? 4. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados? 5. Su salud actual, ¿Le limita para llevar la bolsa de la compra? 6. Su salud actual, ¿Le limita para subir varios pisos? 7. Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso? 8. Su salud actual, ¿Le limita para agacharse o arrodillarse? 9. Su salud actual, ¿Le limita para caminar un kilómetro o más? 10. Su salud actual, ¿Le limita para caminar varias manzanas? 11. Su salud actual, ¿Le limita para caminar una sola manzana? 12. Su salud actual, ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	.93
Rol físico (RF) 4, ítems	13. Durante las últimas cuatro semanas tuvo que reducir el tiempo... 14. Durante las últimas cuatro semanas hizo menos de lo que hubiera... 15. Durante las últimas cuatro semanas tuvo que dejar de hacer algunas... 16. Durante las últimas cuatro semanas tuvo dificultad para hacer su t...	.93
Dolor corporal (DC) 2 ítems	21. ¿Tuvo dolor en algún parte de su cuerpo, las últimas 4 semanas? 22. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?	.79
Salud general (SG) 5 ítems	1. En general usted diría que su salud es: 33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas 34. Estoy tan sano como cualquiera 35. Creo que mi salud va a empeorar 36. Mi salud es excelente	.73

Nota. El ítem No. 2 pertenece a salud general pero no se utiliza en el cálculo de ninguna de las subescalas

(Descripción del SF-36 Health Survey,

Contenido del componente mental (MCS) y la fiabilidad en este estudio.

Factor	Ítems	$\alpha$ Cronbach
Salud mental (SM) 5 ítems	24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso? 25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral? 26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? 28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado triste? 30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	.86
Rol emocional (RE) 3 ítems	17. Durante las últimas cuatro semanas ¿Tuvo que reducir el trabajo...? 18. Durante las últimas cuatro semanas ¿Hizo menos de lo que...? 19. Durante las últimas cuatro semanas ¿No hizo su trabajo o act...?	.91
Función social (FS) 2 ítems.	20. ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han...? 32. ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales...?	.79
Vitalidad (VT) 4 ítems	23. ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? 27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? 29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado? 31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	.84

## ANEXO B

## Puntuación del SF -36

Sub escala	Ítems	Opciones de respuesta	Puntuación
Salud general:	33,34,35,36	Totalmente falsa Bastante falsa No lo sé Bastante cierta Totalmente cierta	1 2 3 4 5
Vitalidad: Salud mental: Función social:	23,27,29,31 24,25,26,28,30 32	Nunca Casi nunca Algunas veces Muchas veces Casi siempre Siempre	1 2 3 4 5 6
Función social: Dolor:	20 22	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
Salud general:	1	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	5 4,4 3,4 2 1
Función física:	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	No, no me limita nada Sí, me limita un poco Sí, me limita mucho	1 2 3
Dolor:	21	No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí muchísimo	6 5,4 4,2 3,1 2,2 1

Rol físico 4 ítems y Rol emocional 3 ítems no están incluidos aquí, opciones de respuesta dicotómica, ítems del 13 al 19 da un total de 35 ítems